

## Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine unten angegebenen Daten, **als nach § 13 Druckluftverordnung ermächtigte Ärztin bzw. ermächtigter Arzt**, auf den Internetauftritten des Landesinstituts für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen ([www.lia.nrw.de](http://www.lia.nrw.de)) bzw. seiner Nachfolgeorganisation und der Arbeitsschutzverwaltung Nordrhein-Westfalen veröffentlicht werden.

Die Datenschutzhinweise unter <https://www.lia.nrw.de/service/datenschutz/index.html> habe ich zur Kenntnis genommen.

Titel, Vorname,  
Nachname

---

Geburtsdatum(\*)  
(dd.mm.yyyy)

(\*Geburtsdatum, wird nicht veröffentlicht)

---

Praxisanschrift:

Einrichtung/Firmenname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Telefax

---

E-Mail

---

Die Unterzeichnerin/der Unterzeichner erklärt ihr/sein Einverständnis mit der Verwendung der Daten ausschließlich für den oben beschriebenen Zweck.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen Ihnen unsererseits keine Nachteile. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel

Bitte senden Sie diese Einwilligungserklärung als PDF per E-Mail an [druckluftverordnung@lia.nrw.de](mailto:druckluftverordnung@lia.nrw.de) zurück oder per Briefsendung an:

Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung NRW  
40208 Düsseldorf